ใบสมัครรับเด็กเข้าใหม่

ปีการศึกษา๒๕๖๙

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภูดิน-ภูทอง

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลเด็ก

ชื่อ – นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน กลุ่มเลือด.....

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....เส้นรอบศรีษะ.....

สุขภาพโดยรวมของเด็ก ☐ แข็งแรงสมบูรณ์ ☐ ไม่แข็งแรงสมบูรณ์ คือ.....

เด็กมีโรคประจำตัว.....

ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ที่อยู่อาศัยจริงในปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทร.(ถ้ามี).....

มีพี่น้องร่วมบิดา – มารดาเดียวกัน จำนวน.....คน เป็นบุตรลำดับที่.....

ข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ดูแลอุปการะ

ปัจจุบันเด็กอยู่ในความดูแลอุปการะ/รับผิดชอบของ

( ) บิดา ( ) มารดา ( ) ทั้งบิดา – มารดาร่วมกัน

( ) ญาติ (โปรดระบุความเกี่ยวข้อง).....

( ) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล บิดา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ชื่อ-สกุล มารดาชื่อ.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ผู้นำเด็กมาสมัครชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

ผู้ที่จะรับส่งเด็ก (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

โดยเกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

คำรับรอง

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านประกาศรับสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทองเข้าใจแล้ว เด็กที่นำมาสมัครมีคุณสมบัติครบถ้วนถูกต้องตรงตามประกาศ และหลักฐานที่ใช้สมัคร เป็นหลักฐานที่ถูกต้องจริง

๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิถูกต้องในการจะให้เด็กสมัครเข้ารับการศึกษาเลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง

๓. ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง และยินดีปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับการพัฒนาความพร้อมตามที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด

ลงชื่อ..... (ผู้นำเด็กมาสมัคร)

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

(.....)

ใบรับมอบตัวเด็กเข้าใหม่
ปีการศึกษา๒๕๖๙
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง
สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....
ถนน/ตรอก/ซอย.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ปกครองของ
เด็กชาย/เด็กหญิง.....เข้าเป็นนักเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง
และพร้อมที่จะปฏิบัติตามระเบียบการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง ดังนี้

๑. จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง อย่างเคร่งครัด
๒. จะร่วมมือกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง ในการจัดการเรียนการสอนและขจัดปัญหาต่างๆ ที่ อาจเกิดขึ้นแก่เด็กอย่างใกล้ชิด สถานที่ติดต่อกับผู้ปกครองได้สะดวกรวดเร็วที่สุด ..... โทรศัพท์.....
๓. อนึ่ง ถ้าเด็กชาย/เด็กหญิง..... เจ็บป่วย จำเป็นต้องรีบส่งโรงพยาบาลหรือพบแพทย์ทันที ข้าพเจ้าอนุญาตให้ศูนย์ฯ จัดการไปตามความ เห็นชอบก่อนและแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ผู้รับส่งเด็ก
(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
โดยเกี่ยวข้องเป็น..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

ลงชื่อผู้ปกครอง.....
(.....)
ลงชื่อผู้รับมอบตัว.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ หลักฐานที่จะต้องนำมาในวันสมัคร

๑. ตัวเด็ก
๒. สำเนาสูติบัตร (สำเนาใบเกิด) สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อเด็ก
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน ของบิดามารดา และผู้ปกครองที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย (ในกรณีที่เด็กไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)
๔. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นหรือสวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๖ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
๕. ใบสมัครของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรอกข้อความสมบูรณ์แล้ว
๖. สมุดบันทึกสุขภาพ (สมุดสีชมพู) หรือใบรับรองแพทย์

ทะเบียนเด็ก
ปีการศึกษา๒๕๖๙
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านภูดิน-ภูทอง
สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรานี

ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน.....

วัน เดือน ปี เกิด.....จังหวัดที่เกิด.....เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

สุขภาพโดยรวมของเด็กเล็ก สมบูรณ์ ไม่สมบูรณ์ คือ.....

กลุ่มเลือด.....เด็กมีโรคประจำตัวคือ.....

เมื่อมีอาการควรแก้ไขโดย.....

.....

เด็กเล็กมีประวัติแพ้ยา คือ.....

เด็กเล็กควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษในเรื่อง.....

ชื่อ-สกุล บิดา..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

ชื่อ-สกุล มารดา..... อายุ.....ปี อาชีพ.....

สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

เป็นบุตรคนที่..... จำนวนพี่น้องร่วมสายโลหิต.....คน พี่ชาย.....คน น้องชาย.....คน

พี่สาว.....คน น้องสาว.....คน

สถานภาพสมรสของบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ เลิกร้างกัน

☐ บิดาหรือมารดาแต่งงานใหม่ อื่นๆ.....

ชื่อ-สกุลผู้ปกครอง..... อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....ของเด็ก

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

(น้ำหนัก..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... เซนติเมตร)





บันทึกประวัติสุขภาพเด็กเข้าใหม่
ปีการศึกษา๒๕๖๙

๑. ประวัติการคลอด ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....

๒. สายตา ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ คือ.....

๓. การเริ่มพูด ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๔. การเริ่มเดิน ☐ ปกติ (ภายใน ๑ ขวบครึ่ง) ☐ ช้ากว่าปกติ (หลัง ๑ ขวบครึ่ง)

๕. การผ่าตัด ☐ ไม่มี ☐ ไม่รุนแรง คือ.....

☐ รุนแรง คือ.....

๖. ประสบอุบัติเหตุร้ายแรง คือ ..... เมื่อ .....

๗. โรคประจำตัว บิดา/มารดา ☐ ไม่มี ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น.....

๘. โรคประจำตัว นักเรียน ☐ ไม่มี ☐ มี โรคประจำตัวเหล่านี้

☐ วัณโรค ☐ เบาหวาน ☐ ลมบ้าหมู ☐ หัวใจ

☐ มะเร็ง ☐ เคยป่วย เป็น.....

๙. การได้รับภูมิคุ้มกัน

☐ คอตีบ ☐ หัดเยอรมัน ☐ ไอกรน ☐ บาดทะยัก

☐ โปริโอ ☐ ตับอักเสบ ☐ บีซีจี ☐ อื่นๆ คือ.....

*สถานพยาบาลที่มีประวัติการรักษาพยาบาลของนักเรียนหรือนักเรียนเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นประจำ คือ

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....

วันที่ให้ข้อมูล.....